

## NOTE POLITIQUE

### GOVERNANCE : INSTITUTIONNALISATION DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS AU ZIMBABWE

Cette note porte sur l'évolution des mécanismes de gouvernance du FBR qui ont abouti à l'institutionnalisation du FBR au sein des structures du ministère de la santé et de la protection de l'enfance et du gouvernement du Zimbabwe. La note traite de (i) l'évolution des dispositifs institutionnels de gouvernance ; (ii) les implications de l'institutionnalisation de la gouvernance du FBR sur les dispositifs institutionnels préexistants, les rôles et les responsabilités aux niveaux centralisé et décentralisé et l'engagement des parties prenantes ; (iii) les défis rencontrés lors de l'institutionnalisation de la gouvernance du FBR et les stratégies conçues pour surmonter les défis ; et (iv) comment l'institutionnalisation de la gouvernance du FBR peut être encore renforcée.

#### CONTEXTE

Le financement basé sur les résultats (FBR) au Zimbabwe est une approche initiée par le gouvernement axée sur l'amélioration de l'accès des populations pauvres aux services de santé, notamment la réduction des obstacles financiers, le renforcement de la qualité des services de santé en améliorant la performance et la gestion des établissements de santé, et la promotion de l'orientation vers les résultats, contribuant ainsi à pérennité de la prestation des services de santé. Le programme actuel de FBR a démarré en 2011 dans deux districts de premier plan, a été étendu à 18 districts, et finalement aux 42 districts ruraux restants. Un pilote de volet urbain a également été mis en place en 2014.

En réponse aux défis identifiés à savoir i) le rôle limité du gouvernement dans l'exécution des fonctions clés du FBR du niveau national au niveau du district (gouvernance, détention de fonds, gestion, achat et vérification des services), ii) le système comptable extérieur au Système de gestion des finances, et iii) la baisse du financement des partenaires de développement, le ministère de la santé et de la protection de l'enfance (MOHCC) et le ministère des Finances et du Développement économique (MOFED) ont lancé l'élaboration du cadre stratégique à moyen terme (MTF) en 2016-2020. Ce cadre présente la configuration institutionnelle, technique et financière du programme FBR au Zimbabwe.

L'opinion générale estimait que l'institutionnalisation du FBR prendrait du temps. Selon les consultations, la période de transition prendrait 2 à 5 ans ou plus. L'analyse de l'état d'avancement a orienté le calendrier des activités et le phasage du programme.

La préparation participative d'un plan par étapes a pris en compte les éléments suivants:

- i. Dans un premier temps, les connaissances et les enseignements tirés du FBR ont été partagés avec le MOFED et d'autres instituts clés tels que le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Protection sociale, et le ministère de l'Enseignement primaire et secondaire.

- ii. Des évaluations ainsi que le renforcement des systèmes de soutien essentiels du FBR en vue d'atteindre un niveau opérationnel critique ont été menés. Les capacités ont été renforcées afin de renforcer suffisamment le S&E/Système d'information sanitaire grâce à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), réduisant ainsi la charge administrative dans l'établissement de santé, améliorant la capacité d'analyse au niveau du district et des ressources humaines, et renforçant la capacité de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique.
- iii. Sur la base des évaluations, des plans de renforcement des capacités ont été menés pour le FBR institutionnalisé dans l'Unité de Coordination du Programme (UCP) et les départements (RH, Finances, autres), les structures décentralisées, les entités de vérification, etc.) en accordant une grande attention à la nature et aux capacités des structures décentralisées. Cette approche s'appuie sur les enseignements tirés de la mise à l'échelle nationale au Rwanda qui a démontré un retour à une gestion plus centralisée en l'absence de telles capacités au niveau local.
- iv. L'UCP a été renforcée par la création de cinq postes pour un spécialiste de la santé, un analyste de données, un programmeur du système d'information sanitaire de district 2, un gestionnaire de données et un agent financier qui ont tous été formés au FBR.

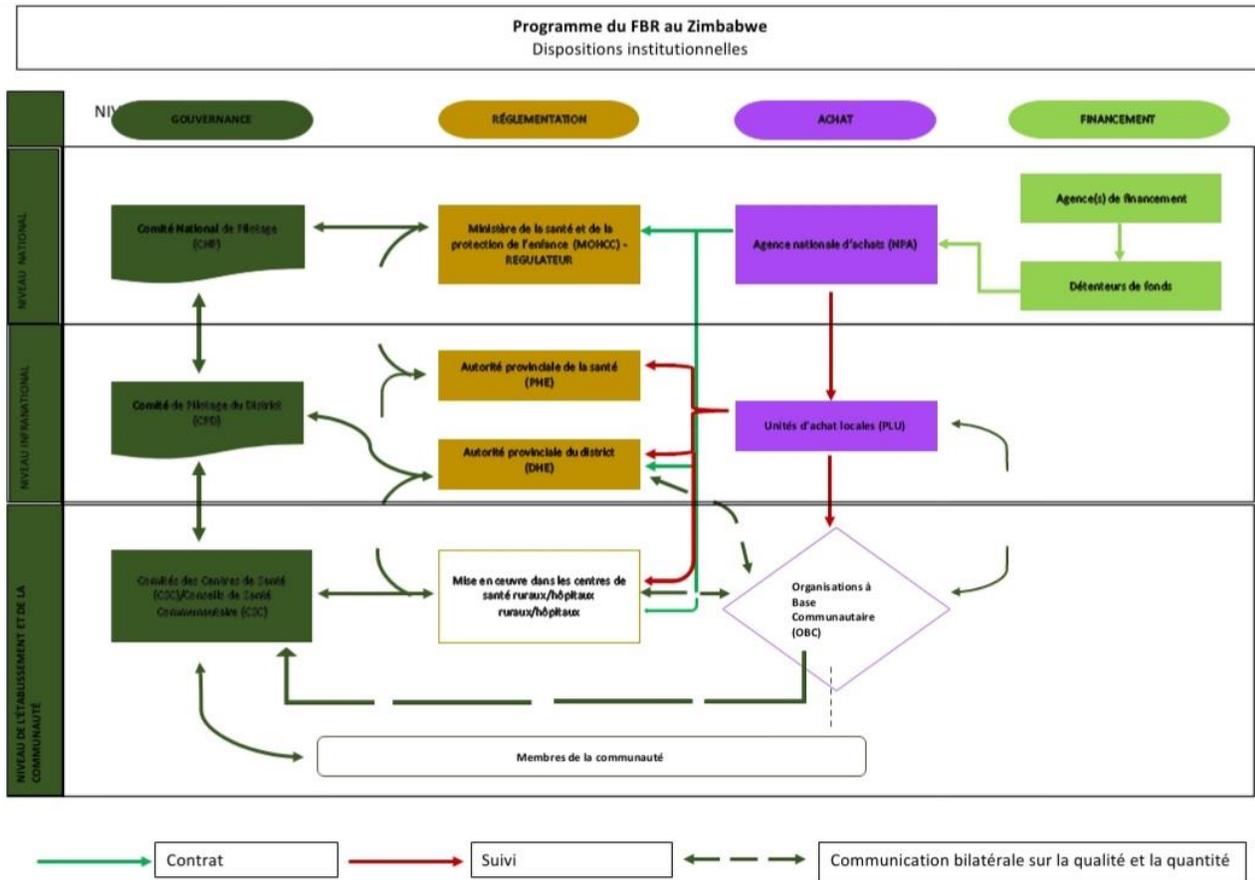
## ÉVOLUTION DES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE GOUVERNANCE DU FBR

Les structures de gouvernance du FBR ont évolué à partir des structures de gouvernance existantes du GoZ au sein du MOHCC et du MOFED. Le MOHCC avait initialement résisté au FBR générique pendant quatre ans, plaidant pour une contextualisation complète du mécanisme au Zimbabwe étant donné que le FBR avait été mis en œuvre dans des pays dont les systèmes de santé n'étaient pas comparables. Le Zimbabwe a adopté l'approche des soins de santé primaires à l'indépendance en 1980, résultant en un système de santé décentralisé avec délégation de fonctions au niveau provincial, de district et de service, par opposition à l'autonomie préconisée par le financement basé sur les résultats. L'Autorité provinciale de la santé (PHE) présidée par le Directeur médical provincial (PMD) assure la supervision politique, technique et administrative des districts sanitaires qui sont gérés par les Médecins du district (DMO) qui président l'Autorité du district de la santé (DHE). Les centres de santé sont gérés par une infirmière en charge sous la supervision du comité du centre de santé (CCS) composé de membres de la communauté.

Le MOHCC et ses partenaires utilisent actuellement le quatrième manuel de mise en œuvre du programme (PIM) relatif au FBR comme preuve de l'évolution, de la réactivité et de la nature adaptative du programme FBR au Zimbabwe. La mise à jour et le développement des PIM sont solidement ancrés sur les preuves générées au sein du programme et les contributions des structures de gouvernance du programme MOHCC/MOFED/FBR. Les dispositions institutionnelles sont structurées afin de respecter le principe de la séparation des fonctions entre le comité national de pilotage et les comités de pilotage du district (tutelle et surveillance), le prestataire de services (établissements de santé), l'unité de coordination du programme (UCP) de l'acheteur et les Crown Agents (CA), le régulateur (MOHCC-Siège social, PHE et DHE), vérificateurs (infirmières communautaires) et contre-vérificateur (initialement le Département de médecine communautaire de l'Université du Zimbabwe et maintenant l'Autorité des professions de la santé). Cette

configuration augmente le système de contrôle, réduit la corruption, crée des systèmes de gestion plus intégrés, améliore le contrôle de la qualité et augmente la transparence.

**Figure 1.** Structures de gouvernance du financement basé sur les résultats au MOHCC



Source: Manuel de mise en œuvre du programme national de financement basé sur les résultats révisé en décembre 2019

## 1. Les Comités de pilotage a multiples niveaux:

**1.1. Depuis la mise en place du FBR, le Comité National de Pilotage assume le rôle de tutelle et de supervision du FBR.** Le Comité National de Pilotage (CNP) du FBR a été désigné par le MOHCC afin de superviser la planification et la mise en œuvre et également assurer la bonne gouvernance du FBR au Zimbabwe. Le Secrétaire permanent a constitué le CNP en sélectionnant à dessein des parties prenantes importantes en consultation avec d'autres ministères du GoZ, la société civile et les partenaires du développement de la santé. Le CNP comprend des représentants compétents du MOHCC et d'autres ministères de tutelle, des directeurs médicaux provinciaux, des agences nationales d'achat (NPA), des

bailleurs et des ONG nationales et internationales, ainsi que des organisations de la société civile (OSC). Le CNP du FBR est présidé soit par le directeur en chef des services de prévention, soit par le directeur en chef de la planification des politiques, du suivi et de l'évaluation des performances. Le CNP est composé de 31 membres conformément aux termes de référence fournis par le MOHCC/MOFED et se réunit tous les trimestres. Le comité rend compte au secrétaire permanent du MOHCC. Le Comité National de Pilotage du FBR prend ses décisions sur la base du travail technique mené par les groupes de travail techniques formés afin de traiter les problèmes techniques au besoin. Concernant le programme de bons urbains, il existe une équipe de gestion des bons (VMT) spécifique avec des termes de référence spécifiques qui fournit des conseils techniques au CNP. Le Comité National de Pilotage du FBR partage ses décisions et recommandations avec les partenaires du Fonds de développement sanitaire pour un consensus. Le CNP a été fort et efficace depuis le début du FBR. Les responsabilités du CNP consistent notamment à assurer la coordination globale de toutes les parties prenantes, la validation des budgets, la gestion des conflits et l'appui à l'UCP nationale du FBR dans son plaidoyer en faveur des initiatives du FBR. Le Groupe de travail communautaire sur la santé (CWGH) fait partie du CNP et est une organisation puissante largement représentative des membres de la communauté au niveau local et veille à ce que la voix de la communauté soit entendue. La réouverture des CCS est largement attribuée à la pression et au leadership du CWGH.

**1.2 Le Comité de Pilotage du District (CPD) est une structure de supervision et de conseil à multiples parties prenantes pour un district FBR donné.** Le CPD relève de la structure existante du GOZ et se compose d'un nombre également équilibré de fonctionnaires des ministères et départements gouvernementaux et de membres de la communauté. Le PHE et le DHE pilotent ensemble le processus de constitution des CPD. Le CPD fait partie du Comité des services sociaux et rend compte au Comité de développement du district (DDC). La communication et l'information sont transmises au Comité provincial de développement (PDC) et au CNP afin que les actions décentralisées s'harmonisent avec la stratégie nationale globale. Le CPD est constitué de membres sélectionnés du comité des services sociaux, du conseil de santé communautaire, des comités des centres de santé (maximum de deux CCS - sur une base rotative), de l'Autorité de la santé du district (maximum de deux DHE), d'une ONG travaillant sur des questions de santé publique pertinentes, un représentant des hôpitaux paroissiaux, un représentant du ministère du Gouvernement local, d'autres membres comme décidé conjointement par le DHE et la NPA. Le Comité de Pilotage du District choisit un président en votant, mais le médecin du district était le président au cours de la première phase. Les membres du comité qui ne peuvent pas participer à une réunion prévue du comité de pilotage informent le président et le secrétaire de leur absence et nomment un représentant pour les remplacer. Les membres ou les membres suppléants officiellement désignés ne sont pas autorisés à manquer deux réunions du Comité de pilotage.

Le CPD doit encore jouer un rôle de direction beaucoup plus important lorsque la sélection et la tarification des indicateurs du FBR pour les établissements de santé au niveau du district deviendront un instrument de gestion pour le CPD en collaboration avec le DHE et le PHE. Les conclusions du MTF 2016-2020 du FBR ont montré qu'avant que le CPD puisse assumer ce rôle, il était nécessaire de renforcer les capacités techniques du CPD et de revoir et de modifier la composition des comités. Au fur et à mesure que les achats stratégiques sont élargis compte tenu de la charge de morbidité variée, les CPD seront au centre de la recommandation d'indicateurs qui correspondent à leurs contextes uniques. Il a également commencé à fournir un soutien

mieux aligné aux CCS et travaille avec les DHE afin de résoudre les conflits liés au FBR au niveau du district. Le lien CPD-DHE-PHE fournit un canal pour les observations de la communauté à filtrer vers les autorités gouvernementales locales.

**1.3 Les Comités de Centre de Santé (CCS) sont les structures de gouvernance des Centres de Santé et existent depuis l'Indépendance en 1980.** Initialement, les CCS ont été créés en tant que comités faisant partie des comités de développement des quartiers (WADCO), mais ont récemment été érigés en exigence légale dans la loi révisée sur la santé publique qui a été adoptée par le parlement en 2018. Ces CCS sont constitués d'un président, d'un trésorier et de deux membres du comité de la communauté et l'infirmière en chef et la technicienne en santé environnementale travaillant au CS qui sont membres d'office ou sans droit de vote. La majorité des CCS n'étaient ni en place ni fonctionnels lorsque le FBR a été introduit en 2011. Le PIM 2013 avait un CNP et un CPD solides et des CSS faibles ou inexistantes. La gouvernance était la plus faible au niveau des établissements de santé. La présence d'un CCS fonctionnel dans un centre de santé était une condition préalable pour qu'un centre de santé soit éligible au FBR, d'où la réactivation de ces centres de santé.

Les responsabilités plus larges du CCS sont décrites dans la Loi sur la santé publique et ont été renforcées aux fins du FBR.

Le PIM 2017 a remplacé l'équipe nationale de gestion (NMT) du RBF par l'UCP du MOHCC. Le NMT avait été initialement envisagé comme un moyen de superviser la gestion réunissant les trois ministères gouvernementaux impliqués dans le FBR, à savoir le MOHCC, le MOFED et le MOPLSW. Le NMT visait à assurer l'alignement continu de la mise en œuvre du FBR sur la politique du gouvernement. Cependant, il y avait une certaine confusion car certains au sein du gouvernement considéraient le NMT comme le précurseur de l'entité de mise en œuvre institutionnalisée qui est devenue l'UCP. Il est nécessaire de clarifier la séparation des rôles et des fonctions de l'UCP et ceux de la Direction des politiques et de la planification à ce jour.

Le PIM a également présenté l'Université du Zimbabwe pour contrevérifier les performances vérifiées par les DHE et les PHE. Les CCS ont été renforcés à travers ce PIM en veillant à ce que tous les établissements FBR disposent de CCS formés sur le FBR et fonctionnels. Cependant, la fonctionnalité et l'efficacité des CCS ont fait l'objet quelques préoccupations ou controverses en raison de conflits d'intérêts dans un contexte socio-politique très polarisé. Les sections ci-dessous expliqueront davantage cet aspect.

**1.4 Les organisations à base communautaires/ONG sont engagées afin de recueillir les observations des communautés par le biais d'enquêtes sur la satisfaction des clients et d'entretiens de sortie, et cela représente un moyen de renforcer la gouvernance, la transparence et la responsabilité.** Le FBR exige une vérification au niveau des ménages concernant les conditions dans lesquelles les services subventionnés ont lieu. Il évalue également la satisfaction des clients et la qualité perçue des soins. Ces informations sont partagées avec l'établissement de santé et la communauté par le biais du CCS. Les OBC/ONG participantes doivent être enregistrées auprès du Département de la protection sociale et travailler dans la zone desservie par l'établissement de santé.

Les rôles et responsabilités des OBC/ONG portent sur:

- Recevoir une liste échantillonnée de patients de la Communauté
- Valider l'existence du patient et vérifier si le patient était satisfait des services à l'aide d'une liste de contrôle standard.

L'OBC/ONG a reçu une formation pour entreprendre les tâches ci-dessus. La boucle de rétroaction des OBC vers le CPD et la DHE reste faible, comme en témoignent les conclusions récurrentes des OBC dans la majorité des cas qui restent sans réponse. Alors que les problèmes liés aux mauvaises attitudes du personnel ont été résolus à la satisfaction des communautés, le problème lié à la suppression des frais d'utilisation au sein des établissements du conseil de district rural et de la mission n'est toujours pas résolu, ces frais étant utilisés pour payer les gardes de sécurité, etc. Les communautés sont devenues les moteurs du programme de FBR grâce à leur implication au niveau du CCS. Les changements structurels et institutionnels nécessaires pour répondre à certaines observations ont toutefois pris du retard en raison de l'absence d'une boucle de rétroaction claire vers la DHE. La dernière version du PIM a résolu ce problème en exigeant que chaque résultat de l'OBC soit partagé avec la DHE afin de suivre les changements et résoudre les problèmes de haut niveau. Les résultats de ces changements n'ont pas encore été documentés.

## **REGLEMENTATION ET NORMES TECHNIQUES**

En termes de réglementation du secteur de la santé, il existe plusieurs institutions et lois qui réglementent la prestation des services de santé au Zimbabwe. Les législations principales portent sur la loi sur la santé publique qui définit les organismes de réglementation et leurs fonctions et la loi sur les services de santé qui régit le recrutement, le maintien en poste, la promotion, la retraite, les mesures disciplinaires et les mesures de licenciement. En raison de ces lois, les établissements de santé n'ont pas l'autonomie nécessaire pour embaucher et licencier du personnel.

## **L'APPROPRIATION COMMUNAUTAIRE ET LES MÉCANISMES DE RÉTROACTION**

La fonctionnalité et l'efficacité des CCS ont connu des défis allant de l'attrition au conflit d'intérêts entre les membres. La mise en œuvre actuelle du FBR résultant du MOHCC et du MOFED permet aux centres de santé de soins primaires d'ouvrir des comptes bancaires secondaires aux comptes des hôpitaux de district, d'élaborer leurs plans opérationnels et budgets, d'acheter des produits et d'utiliser les outils pour payer des incitations personnelles. Ces dispositions ne sont cependant pas admissibles selon la loi sur la gestion des finances publiques (PFMA). Un tel processus a nécessité une compréhension approfondie des avantages du FBR par le leadership du MOHCC et du MOFED ainsi que la défense du FBR par ses responsables de mise en œuvre. Les CCS fonctionnent cependant sur une base semi-autonome dans le sens où leurs plans, budgets et processus d'approvisionnement sont soumis à l'approbation des DHE et des PHE. De plus, les CCS ne peuvent pas embaucher et licencier le personnel comme bon leur semble. La capacité et la composition des CCS nécessitent une évaluation et une revue afin d'améliorer leur contribution à la communauté et aux

établissements de santé, en incluant par exemple une formation obligatoire pour les nouveaux membres et une formation régulière de recyclage pour les membres actuels.

### VÉRIFICATION EXTERNE : DE L'UNIVERSITÉ DU ZIMBABWE (UZ) À L'AUTORITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ (HPA)

**Le contre-vérificateur est une agence qui fournit une vérification indépendante de tous les services fournis et payés dans le cadre du FBR.** Initialement, le contre-vérificateur était l'Université du Zimbabwe et les discussions sur l'institutionnalisation en 2015 ont suggéré l'Autorité des professions de la santé (HPA), le Conseil National du Sida (NAC) et le Conseil des services de santé (HSB) comme contre-vérificateurs potentiels au sein des structures de gouvernance du MOHCC. Dans le cadre à moyen terme, l'Autorité des professions de la santé (HPA) a été identifiée comme une solution appropriée à cette fin compte tenu de sa position stratégique et de sa fonction en tant que régulateur de la santé au Zimbabwe et de son statut indépendant. CORDAID a engagé l'UZ pour effectuer une évaluation de la HPA afin d'identifier ses capacités et ses besoins. Le résultat a défini les lacunes de la HPA, qui portaient sur les domaines de formation en FBR et en contre-vérification. La HPA a reçu les compétences nécessaires pour effectuer la contre-vérification au sein de ses conseils et de ses membres. Dans le cadre du processus d'institutionnalisation du FBR, la HPA a été déléguée par le MOHCC pour prendre en charge la contre-vérification et a mené jusqu'à présent une série de contre-vérification dans 18 districts. Après avoir prouvé leurs compétences, une mise à l'échelle jusqu'à 60 districts du FBR sera effectuée. Le rôle technique de la contre-vérification s'aligne sur le mandat de la HPA qui consiste à inspecter et accréditer les établissements de santé. La HPA s'appuie sur une grande réserve de professionnels en santé et pourra donc constituer diverses équipes en mesure d'assurer la couverture à travers le pays. L'intégration des fonctions présente une adéquation naturelle compte tenu du mandat réglementaire de la HPA et de ses conseils.

### IMPLICATIONS DES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES DE GOUVERNANCE RELATIVES AU FBR SUR LES STRUCTURES DE GOUVERNANCE TRADITIONNELLES DU GOUVERNEMENT AU ZIMBABWE

**Les structures de gouvernance du MOHCC sont définies dans la Loi sur la santé publique, une loi qui guide toutes les opérations du secteur de la santé publique. Les dispositions institutionnelles de gouvernance du FBR n'ont pas constitué une menace majeure pour le statu quo de la gouvernance, car ils ont été créés à partir des structures existantes au sein du MOHCC.** Cependant, ces structures de gouvernance restent vulnérables aux changements en raison de la dévolution et de la formation prévues des conseils provinciaux de la santé et des conseils régionaux de la santé.

Le gouvernement du Zimbabwe a adopté la gestion intégrée axée sur les résultats (IRBM) en 2005, mais ne disposait pas des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le concept de manière efficace. Le financement basé sur les résultats a présenté une opportunité de ressources pour opérationnaliser l'IRBM. Un cadre à moyen terme pour l'institutionnalisation du FBR a été élaboré dans une approche participative en 2016 afin de guider le processus. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec des parties

prenantes importantes et leurs points de vue ont guidé la sélection ou la réorientation des structures de gouvernance pour les aligner sur les fonctions du FBR. Le processus transparent d'institutionnalisation de la gouvernance du FBR a éliminé toutes les inquiétudes et les craintes associées à de tels changements, en particulier dans les bureaucraties gouvernementales. Les acteurs les plus importants, à savoir les Sœurs en charge des centres de santé/ CCS, les médecins hygiénistes de district (DMO)/DHE, les PMD/PHE et le bureau du PS étaient très favorables à l'institutionnalisation de la gouvernance du FBR de sorte que le processus n'a pas été difficile au MOHCC, même si le FBR faisait encore l'objet de critiques de la part d'autres partenaires au développement durant cette période. Le Comité National de Pilotage du FBR n'a fait peser aucune menace sur le Fonds pour la transition sanitaire (HTF) d'alors, comme en témoigne la représentation du HTF d'alors et maintenant appelée Fonds de développement sanitaire (FDS) au sein du CNP. Le CPD a intégré des membres des structures de gestion et de gouvernance existantes au sein du MOHCC et du ministère des Gouvernements locaux. Les comités de centres de santé dont l'existence est une obligation légale ont été réactivés.

## **DÉFIS LIÉS À L'INSTITUTIONNALISATION DE LA GOUVERNANCE DU FBR ET INTERVENTIONS STRATÉGIQUES**

**L'efficacité de l'équipe de gestion nationale du FBR dans la gestion du programme FBR a été confrontée à certains défis** à son siège au sein du MOHCC. Lors de la mise à l'échelle initiale du FBR en 2012, une équipe nationale de gestion du FBR chargée de son suivi global et de sa mise en œuvre a été mise en place. Elle était dirigée par une équipe composée de membres du personnel de l'Unité de coordination des bailleurs et du Département de la santé familiale en raison de l'accent mis par le FBR sur la santé de la mère et de l'enfant à l'époque. Lorsque le Cadre à moyen terme pour l'institutionnalisation du FBR a été élaboré en 2016, cette équipe était l'une des structures envisagées pour la création éventuelle d'une unité d'achat au sein du MOHCC avec l'UCP. Finalement, l'UCP a été considérée comme la meilleure solution pour assumer la fonction d'achat en raison de sa structure indépendante et de sa capacité institutionnelle, car elle gèrait déjà des fonds du Fonds mondial. Ce processus a donc conduit à la nomination de l'UCP afin de gérer l'ensemble du programme relatif au FBR avec des UCP infranationales fournissant un soutien technique aux CPD, PHE et DHE.

**Des défis liés à la capacité technique du CPD et des conflits d'intérêts entre les membres étaient observés.** De ce fait, le cadre à moyen terme (MTF) 2016-2020 a suggéré une nouvelle sélection des membres sur la base du niveau de i) mérite technique plutôt que d'engagement politique et ii) de représentation communautaire. Le CPD relève désormais du Comité de développement du district (DDC) qui a une représentation plus large et les questions saillantes qui sont transversales peuvent être portées à l'attention du DDC. La boucle de rétroaction des OBC vers le CPD et les DHE reste faible, comme en témoignent la majorité des problèmes récurrents qui restent sans réponse.

### **La fonction de réglementation de l'Autorité provinciale de la santé présentait des défis, à savoir:**

- Selon les principes de la GAR, le directeur médical provincial est mandaté afin d'effectuer des évaluations trimestrielles des performances du personnel pour tous les médecins de district et les membres de l'Autorité provinciale de la santé (PHE). Cependant, faute de moyens et de données de performance objectives, cette responsabilité reste actuellement un exercice rituel effectué une fois en fin d'année sans objectivité. Néanmoins, il y avait un consensus général sur le fait que le FBR était/est un véhicule pour l'opérationnalisation de la GAR à l'avenir. Le NHS 2021-2025 actuel qui n'a pas encore été lancé dispose d'un cadre de suivi et d'évaluation robuste avec des indicateurs qui seront utilisés pour les évaluations des performances du personnel.
- Bien que les PHE ne fournissent pas directement des services, elles appartiennent à la même institution que les institutions qu'elles régulent, et cela a été considéré comme une source potentielle de conflit d'intérêts selon les principes du FBR de séparation des fonctions. Cependant, d'après les évaluations qui ont été menées, il n'y a aucune preuve pour étayer cet argument. Toutefois, cette disposition s'est poursuivie pendant la mise à l'échelle du FBR.
- Un autre défi portait sur la capacité de certaines PHE en matière de santé publique et de gestion de programme. L'inclusion des membres de la PHE disposant d'une qualification en santé publique a permis de relever ce défi, bien que la gestion de programme demeure un défi dans certaines PHE. En plus des programmes disponibles de formation pour les membres de la PHE en gestion, il est également nécessaire de fournir des cours de recyclage et un programme de formation pour les nouveaux membres qui rejoignent la PHE.

Il y a également eu des conflits liés à l'influence des intérêts au sein des programmes verticaux de contrôle des maladies qui limitent le soutien et la supervision intégrés. En outre, des critères stricts sur la composition de la PHE effectuant une supervision de soutien de qualité ont résolu ce problème dans une certaine mesure, ce qui devrait donc être maintenu.

### **La fonction de réglementation de l'Autorité provinciale du district (DHE) présentait des défis, à savoir:**

- *La faible capacité de certaines DHE en santé publique et gestion de programmes.* Ce défi a été principalement relevé par des programmes de formation pour les DHE. Néanmoins, des cours de recyclage et ainsi qu'une réactivation des programmes de formation en gestion sont nécessaires au sein des établissements publics pour les nouveaux membres avant le déploiement.
- *Les conflits liés à l'influence des intérêts au sein des programmes verticaux de contrôle des maladies qui limitent le soutien et la supervision intégrés sont restreints en raison de l'influence d'intérêts conflictuels de ces programmes verticaux.* Dans une certaine mesure, cela a été atténué par l'introduction de critères stricts sur la composition de la DHE qui effectue la supervision d'appui de qualité.

## **RENFORCEMENT DE L'INSTITUTIONNALISATION RELATIVE À LA GOUVERNANCE DU FBR- DÉFRAGMENTATION ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS TECHNIQUES AU SEIN DES ENTITÉS**

Les recommandations pour le renforcement de la gouvernance du FBR institutionnalisés sont présentées ci-dessous selon celles qui peuvent être mises en œuvre à court terme (-an) à moyen terme (1 à 3 ans) et à long terme (3 à 5 ans).

### **Recommandations à court terme**

- S'assurer que le plan de suivi et d'évaluation du NHS 2021-2025 en cours d'élaboration dispose d'un système intégré d'évaluation des performances des RHS qui est réalisable.
- S'assurer que les observations des OBC sont prises en compte dans l'ordre du jour des réunions du CPD et du CPN, et que les DHE et les PHE assurent le suivi des actions visant à résoudre les problèmes mentionnés - un registre/outil de suivi peut être développé à cet effet.
- Renforcer la capacité technique des CCS en matière de FBR et de gestion des établissements de santé - un calendrier de formation pour de nouvelles formations et des cours de recyclage peut être élaboré à cet effet.

### **Recommandations à moyen terme**

- Permettre à l'UCP de gérer des réserves de financement plus importantes.
- Permettre au CPD de jouer un rôle plus technique dans le FBR, par exemple effectuer l'analyse des profils épidémiologiques et la sélection des indicateurs.

### **Recommandations à long terme**

- Améliorer l'efficacité en ayant un seul détenteur de fonds dans le cadre du FBR - en modifiant le statut du Ministère de la santé et de la protection de l'enfance (détient des fonds du MOFED), de l'UNICEF (détient des fonds pour le Fonds de développement sanitaire) et Cordaid (détient des fonds pour la Banque mondiale) en tant que détenteurs de fonds distincts. Cela pourrait initialement être un fonds virtuel jusqu'à ce que le Zimbabwe règle ses obligations avec la Banque mondiale.
- Améliorer l'efficacité en ayant un seul acheteur-les travaux sur l'assurance maladie nationale du Zimbabwe devraient inclure le FBR en tant que mécanisme d'achat stratégique tel qu'indiqué dans la stratégie et la politique nationales portant sur le financement de la santé.